

Allgemeines Körper- Symptomtagebuch – Stufe 2

Name: _____

Wochentag: _____

Datum: _____

Uhrzeit	Beschwerden	Stärke der Beschwerden 0 bis 10 (nichts bis extrem)	Situation, Aktivität, wo, mit wem	Gedanken, Gefühle, Stimmungen
6 – 8				
8 – 10				
10 – 12				
12 – 14				
14 – 16				
16 – 18				
18 – 20				
20 – 22				
22 – 24				

Kommentar: